

SENA  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Fórmula para Liquidación Pago de Contratos por Concepto de Honorarios y/o Prestación de Servicios Personas Naturales (Rentas de Trabajo Artículo 103 Estatuto Tributario)

CÓDIGO REGIONAL  
**19**

Código Centro  
**930710**

Fecha Elaboración  
**Agosto de 2025**

Versión  
**ENERO - 2.25**

ID de Proceso  
**10016-095040**

REGIONAL CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

DATOS DEL CONTRATISTA

|                                                                                                                                              |                               |                                                 |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|-------------|
| Nombres y apellidos:                                                                                                                         | CRISTIAN ANDRES GIRON MANZANO | Banco a consignar:                              | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía                                                                                                                         | 1.061.776.323                 | Tipo de cuenta:                                 | AHORROS     |
| Correo electrónico:                                                                                                                          | cgiron@sena.edu.co            | Número de Cuenta:                               | 91234562571 |
| IP/Nº de contacto:                                                                                                                           |                               | Presta Servicios Excluidos de IVA:              | NO          |
| Inducción SST:                                                                                                                               | SI                            | Pertenece al régimen simple de tributación:     | SI          |
| Régimen del IVA:                                                                                                                             | NO RESPONSABLE                | Es declarante de renta por el año gravable 2024 | NO          |
| ¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?                                    |                               |                                                 |             |
| Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000                                                                           |                               |                                                 |             |
| Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA) |                               |                                                 |             |
| ¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?                       |                               |                                                 |             |
| Concepto del pago corresponde a:                                                                                                             |                               | Ninguno                                         |             |
| <b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b>                                                                                                    |                               | <b>0,00%</b>                                    |             |

DATOS DEL CONTRATO

|                                                            |              |                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                  |   |
|------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------|---|
| Nº del contrato:                                           | 8167630/2025 | Nº Compromiso SIIF                                                                                                                                                                                                                                       | 312025 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 2 |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) |              | PSP PARA EL ANÁLISIS TÉCNICO, COMERCIAL Y FINANCIERO DE PRODUCTOS Y PROTOTIPOS EN EL MARCO DEL PROYECTO HOJA DE COCA "PROTOTIPADO DE PRODUCTOS ELABORADOS CON COCA A PARTIR DE EXTRACTOS Y HOJA SECA/FRESCA EN LOS RESGUARDOS DE TORIBÍO, SAN FRANCISCO" |        |                                                  |   |

DATOS PERIODO DEL PAGO

|                   |                 |       |                           |                              |              |
|-------------------|-----------------|-------|---------------------------|------------------------------|--------------|
| Del               | 11/08/2025      | Hasta | 31/08/2025                | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 4.583.333 |
| Número de pago    | 1               |       |                           | Valor Total del Contrato:    | \$ 4.583.333 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 2.083.333,00 |       | Nuevo Saldo del Contrato: |                              | \$ 2.500.000 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

|                                            |              |                                    |       |
|--------------------------------------------|--------------|------------------------------------|-------|
| Ingresos por honorarios                    | \$ 2.083.333 | Ninguno                            | 0,00% |
| Ingresos por comisiones                    | \$ 0         | Retencion en la Fuente del Periodo | \$ 0  |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0         |                                    |       |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO                 | \$ 2.083.333 | Menos, Retefuente Otros Ingresos   | \$ 0  |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE           | \$ 1.252.033 | TOTAL REFEFUENTE PRESENTE PAGO     | \$ 0  |

Liquidación de Pago a Seguridad Social y Liquidación del Neto a Pagar

|                                                                                |              | Agosto       | Julio      |                                               |                |        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------|-----------------------------------------------|----------------|--------|--|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS                                    |              | -            | 4617044583 | Base retención en la fuente a título de RENTA | 1.252.033,00   | TARIFA |  |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                               |              | \$ 1.423.500 | \$ 0       | Base retención en la fuente a título de ICA   | 0,00           |        |  |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    |              | \$ 178.000   | \$ 0       | Valor base IVA                                | 0,00           |        |  |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  |              | \$ 227.800   | \$ 0       | IVA (Si es RESPONSABLE)                       | 0,00           | 19%    |  |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                            |              | \$ -         | \$ 0       | Menos Retención en la Fuente                  | 0,00           | 0,00%  |  |
| ARL I                                                                          |              | \$ 7.500     | \$ 0       | Menos Retencion IVA                           | 0,00           | 0%     |  |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  |              | \$ -         | -          | -                                             | 0,00           | 0%     |  |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes                    |              | \$ -         | -          | -                                             | 0,00           | 0%     |  |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes                      |              | \$ -         | -          | -                                             | 0,00           | 0%     |  |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                          |              | \$ -         | -          | -                                             | 0,00           | 0%     |  |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC                                        |              | \$ -         | -          | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |  |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias                            |              | \$ -         | -          | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |  |
| Intereses Prestamo de Vivienda                                                 |              | \$ -         | -          | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |  |
| Dependientes hasta                                                             |              | \$ -         | -          | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |  |
| Salud hasta                                                                    | \$ 796.784   | \$ -         | -          | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |  |
| Renta Exenta 25%                                                               | \$ 6.556.868 | \$ 418.000   | -          | Otras Retenciones                             | 0,00           | 0,000% |  |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 0         | -            | -          | Descuentos de embargo (Si tiene)              |                | 0,00   |  |
| Retención en la Fuente Contingente                                             | \$ -         | -            | -          | VALOR A PAGAR                                 | \$2.083.333,00 |        |  |

SON: DOS MILLONES OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/C TE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar las estrategias que propicien la identificación de actores públicos y privados y sus roles, para el desarrollo de actividades

Analizar el proceso productivo que permite obtener la hoja de coca (fresca y seca) como materia prima empleada en los prototipos.

Apoyar la definición de mercados que serán priorizados dentro de la estrategia de admisibilidad sanitaria de los productos prioritarios

Apoyar actividades necesarias para el diagnóstico integral que permita el cumplimiento de los requisitos sanitarios y de inocuidad est

Documentar los requerimientos técnicos, operativos y presupuestales necesarios para la ejecución de las acciones prioritizadas.

Apoyar las tareas de divulgación, relacionamiento, socialización y presentación de avances y resultados del proyecto.

Trabajar de forma articulada y coordinada con las dependencias del Centro y el Sistema SENNOVA en el Centro de Formación para vincular

Participar en las reuniones, comités del proyecto, talleres y actividades del proyecto.

Participar en las reuniones, comités del proyecto, talleres y actividades del proyecto

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTifico, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

CRISTIAN ANDRES GIRON MANZANO

EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTifICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Autorizo el presente pago.<br>El Supervisor,     |
| 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. | YENI ESPERANZA NAVIA MENESSES<br>PROFESIONAL G02 |

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

ORDENADOR DEL PAGO

HENRY ARMANDO MORALES FERNÁNDEZ  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |                      |                           | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                    |  |            |  |                           |  |                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|------------------|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | NÚMERO PLANILLA:                                  |  | 4617044583 |  | TIPO DE PLANILLA:         |  | I-INDEPENDIENTES |  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |  | POPAYAN              | DEPARTAMENTO:             | CRISTIAN ANDRES GIRON MANZANO                     |  | MES        |  | agosto                    |  | AÑO              |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  | CLL5                 | TELÉFONO:                 | CAUCA                                             |  | 2025       |  | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |  | MES              |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  | 02-INDEPENDIENTE     | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE                                   |  | 0          |  | agosto                    |  | AÑO              |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  | PRIVADA              | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |  | 2025/08/14 |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      |  | 9993661252       |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  | ÚNICO                |                           |                                                   |  |            |  |                           |  |                  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  |                      |                           |                                                   |  |            |  |                           |  |                  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  | NO                   |                           |                                                   |  |            |  |                           |  |                  |  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |              |  |  |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|--------------|--|--|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |      |              |  |  |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | VALOR PAGADO |  |  |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 227.800 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 227.800 | \$ 0 | \$ 227.800   |  |  |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 227.800 | \$ 0 | \$ 227.800   |  |  |

| TOTAL APORTES A SALUD |                     |                   |                               |       |                        |       |               |       |             |                |            |                |            |      |           |              |  |  |
|-----------------------|---------------------|-------------------|-------------------------------|-------|------------------------|-------|---------------|-------|-------------|----------------|------------|----------------|------------|------|-----------|--------------|--|--|
| ADMINISTRADORA        |                     | No.<br>COTIZANTES | INCAPACIDAD POR<br>ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD    |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |                | MORA       |                | TOTALES    |      |           |              |  |  |
| CÓDIGO                | NOMBRE              |                   | NÚMERO<br>AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO<br>AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR<br>ADRES | COTIZACIÓN | VALOR<br>ADRES | APORTES    | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |  |  |
| EPS005                | EPS005-SANITAS S.A. | 1                 |                               | \$ 0  |                        | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 178.000  | \$ 0           | \$ 0       | \$ 0           | \$ 178.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 178.000   |  |  |
| SUBTOTALES:           |                     |                   |                               |       |                        |       |               |       |             |                |            |                | \$ 178.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 178.000   |  |  |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             |          |      |           |              |          |  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|----------|------|-----------|--------------|----------|--|
| ADMINISTRADORA                        |                                         | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES  |      |           |              |          |  |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                                  |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES  | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |          |  |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 7.500    | \$ 7.500 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 0         | \$ 7.500 |  |
| SUBTOTALES:                           |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 7.500 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 0         | \$ 7.500 |  |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                               |                                                |                   |                |                 |                       |                    |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |                 |          |           |            |              |             |           |          |                           |              |                     |              |           |            |      |            |                                         |      |           |              |             |              |       |          |      |                   |              |
|-------------------------------|----------------|-------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|-----------------------|--------------------|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------|----------|-----------|------------|--------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|---------------------|--------------|-----------|------------|------|------------|-----------------------------------------|------|-----------|--------------|-------------|--------------|-------|----------|------|-------------------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                               |                                                |                   |                |                 |                       |                    |     | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |                 |          |           |            |              |             |           |          |                           |              |                     | PARAFISCALES |           |            |      |            |                                         |      |           |              |             |              |       |          |      |                   |              |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                       | TIPO COTIZANTE                                 | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET       | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE              | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN         |          |           |            | SALUD        |             |           |          | ARP                       |              |                     | DÍAS COT     | IBC       | CCF        |      |            | SENA                                    | ICBF | ESAP      | MINEDU       |             |              |       |          |      |                   |              |
|                               |                |                               |                                                |                   |                |                 |                       |                    |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     | ADMIN           | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN               |              |           | DÍAS COT   | IBC  | COTIZACIÓN |                                         |      |           |              | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC  | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
| 1                             | CC 1061776323  | GIRON MANZANO CRISTIAN ANDRES | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                   | \$ 1.423.500   |                 |                       | NO                 | 01  |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     | 230301-PORVENIR | 30       | 1.423.500 | \$ 227.800 | \$ 0         | \$ 0        | \$ 0      | \$ 0     | Normal                    | \$ 227.800   | EPS005-SANITAS S.A. | 30           | 1.423.500 | \$ 178.000 | \$ 0 | \$ 178.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30   | 1.423.500 | \$ 106177632 | \$ 7.500    | \$ 0         | \$ 0  | \$ 0     | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0         |

TOTAL PAGADO:

\$ 413.300

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA          | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1061776323          |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | CRISTIAN ANDRES GIRON MANZANO |                                               |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | POPAYAN DEPARTAMENTO:         | CAUCA                                         |
| DIRECCIÓN:                                                                | CLL5 TELÉFONO:                | 8788888                                       |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE              | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE              |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                       | ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                         |                                               |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                            |                                               |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                   |                                    |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | <b>4617044583</b> | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: agosto       | PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto     |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2025         | SALUD: AÑO: 2025                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0                 |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2025/08/14        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9993661252    |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
| X         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                         |            |              |
|-----------------------|--------|-----------------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                         | TOTALES    |              |
|                       |        |                                         | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 8002248088            | 230301 | 230301-PORVENIR                         | 1          | \$ 227.800   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 227.800   |
|                       |        |                                         |            |              |
| SALUD                 |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 8002514406            | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A.                     | 1          | \$ 178.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 178.000   |
|                       |        |                                         |            |              |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1          | \$ 7.500     |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 7.500     |
|                       |        |                                         |            |              |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA:      | \$ 413.300        |
| VALOR MORA:          | \$ 0              |
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 413.300</b> |

|            |         |
|------------|---------|
| MES        | Agosto  |
| PLANILLA   | 1583    |
| VALOR      | 413.300 |
| CON EFECTY | 110263  |

EFFECTIVO LTDA.  
NIT: 830.131.993-1

### ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9600047523  
 Cliente: 110263 PILA RECAUDO  
 Fecha: 14/08/2025 08:54:57  
 PAP: 993720  
 Identificacion: 1061776323  
 Nombre: CRISTIAN  
 Apellido 1: ANGRES  
 Apellido 2: GIRON M  
 TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA  
 TELEFONO: 3234018303  
 Código Planilla: 4617044583  
 Periodo Pago: 2025/08  
 Valor Comision: 0  
 Valor Iva Comision: 0  
 Referencia: 1061776323 Valor: \$413.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.

Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.  
servicioalcliente@efecty.com.co.  
www.efecty.com.co



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS           |
|--------------------------|-----------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC              |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1061776323      |
| NOMBRES                  | CRISTIAN ANDRES |
| APELLIDOS                | GIRON MANZANO   |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**        |
| DEPARTAMENTO             | CAUCA           |
| MUNICIPIO                | POPAYAN         |

#### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD                                   | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-------------------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/10/2015                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                            |                        |                            |                      |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------------|
| <b>Fecha de Impresión:</b> | 08/15/2025<br>15:30:55 | <b>Estación de origen:</b> | 2801:12:c800:2070::1 |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------------|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

14786386068



(415)7707212489984(8020) 000001478638606 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 1 7 7 6 3 2 3

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Popayán

14. Buzón electrónico

1 7

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 6 1 7 7 6 3 2 3

27. Fecha expedición

2 0 1 3, 0 1, 0 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cauca

1 9

30. Ciudad/Municipio

Popayán

0 0 1

31. Primer apellido

GIRON

32. Segundo apellido

MANZANO

33. Primer nombre

CRISTIAN

34. Otros nombres

ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cauca

1 9

40. Ciudad/Municipio

Popayán

0 0 1

41. Dirección principal

CL 26 # 3 E 6 BRR Pueblillo

42. Correo electrónico

cristiangiron-@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 3 4 0 1 8 3 0 3

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1, 0 9, 1 4

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

## Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 53. Código | 4 | 9 |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

49 - No responsable de IVA

## Obligados aduaneros

|            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1          | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |    |
| 54. Código |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|            | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

## Exportadores

|           |          |          |   |   |   |
|-----------|----------|----------|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|           |          | 57. Modo |   |   |   |
|           |          | 58. CPC  |   |   |   |

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

X

NO

60. No. de Folios:

3

61. Fecha

2021 - 09 - 14 / 09 : 14: 46

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GIRON MANZANO CRISTIAN ANDRES

985. Cargo Contribuyente



# **CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 01-03-2025- 0000017**

Certifico que el señor (a) contratista **GIRON MANZANO CRISTIAN ANDRES** identificación cedula de ciudadanía No **1061776323** cumple con los documentos del siguiente perfil

| <b>CIUU</b> | <b>Área del contratista</b> | <b>Labor</b>                 | <b>Exámenes preempleo</b> | <b>Énfasis</b>                    | <b>Vacunación obligatoria hepatitis B</b> |
|-------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| 1855101     | Administrativo              | Contratistas Administrativos | Optometría<br>Glicemia    | Psicosocial<br>Musculoesquelético | Si ( )<br>No ( X )                        |

Documentos solicitados en la circular 01-03-2025- 0000017: “Exámenes Preocupacionales para Contratos de Prestación de Servicios Personales emitido por la secretaria general”. Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

**VICTORIA EUGENIA SALAZAR MEDINA**

Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo

Universidad del Cauca

Registro 12510-10-2018

Se firma en Popayán el 13 de agosto de 2025



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

### Hace constar:

Que el Sr(a) CRISTIAN ANDRES GIRON MANZANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061776323 el día 13/08/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA



### Hace constar:

Que el Sr(a) CRISTIAN ANDRES GIRON MANZANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061776323 realizó el día 13/08/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo CRISTIAN ANDRES GIRON MANZANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061776323 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

---

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

8/8/25, 17:11

Recibo JAVIER PAZ SUAREZ Y CIA LTDA SUS ASESORES EN SEGUROS

JAVIER PAZ SUAREZ Y CIA LTDA,  
agosto 08, 2025  
CRISTIAN ANDRES GIRON  
MANZANO  
CL 26 3 E 06  
TEL: 3234018303  
DOC: 1061776323

JAVIER PAZ SUAREZ Y CIA  
LTDA SUS ASESORES EN  
SEGUROS  
JAVIER PAZ SUAREZ Y CIA  
LTDA  
CRA 7 NO. 2-56 CENTRO  
3155426211  
- Colombia  
NIT:



CONCEPTO:

RECIBO #: 16527

|                                            |                |                        |                            |
|--------------------------------------------|----------------|------------------------|----------------------------|
| Póliza                                     | Ramo           | Aseguradora            | Valor recibido             |
| 40-46-101009766, Riesgo:CO1.PCCNTR.8167630 | Cumplimiento   | SEGUROS DEL ESTADO S.A | 27.370 COP                 |
| 08 AGO 2025                                |                |                        | Total Recibido: 27.370 COP |
| Efectivo 27.370 COP                        | CAJA PAGADO    |                        |                            |
| Medio de pago                              | Firma recibido |                        |                            |



SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.  
NIT. 860.008.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL  
DECRETO 1082 DE 2015

|                                                |  |  |                                              |  |  |                        |  |                                              |  |                        |  |
|------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------|--|--|------------------------|--|----------------------------------------------|--|------------------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN:<br>POPAYAN               |  |  | SUCURSAL:<br>POPAYAN                         |  |  | CDB. SUC:<br>40        |  | NO. PÓLIZA:<br>40-46-101009766               |  | ANEXO:<br>0            |  |
| FECHA EXPEDICIÓN:<br>DÍA: 08 MES: 08 AÑO: 2025 |  |  | VIGENCIA DESDE:<br>DÍA: 05 MES: 08 AÑO: 2025 |  |  | A LAS:<br>HORAS: 00:00 |  | VIGENCIA HASTA:<br>DÍA: 31 MES: 01 AÑO: 2026 |  | A LAS:<br>HORAS: 23:59 |  |
| TIPO MOVIMIENTO:<br>EMISIÓN ORIGINAL           |  |  |                                              |  |  |                        |  |                                              |  |                        |  |

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                                         |  |                                        |  |
|---------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:<br>GIRON MANZANO CRISTIAN ANDRES |  | IDENTIFICACIÓN:<br>C.C.: 1.061.776.323 |  |
| DIRECCIÓN:<br>CL 26 3 E 06                              |  | CIUDAD:<br>POPAYAN - CAUCA             |  |
|                                                         |  | TELÉFONO:<br>3234018303                |  |

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                             |  |                                        |  |
|-------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|
| ASEGURADO/BENEFICIARIO:<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |  | IDENTIFICACIÓN:<br>NIT.: 899.999.034-1 |  |
| DIRECCIÓN:<br>CALLE 4 NO. 2 80 B CENTRO                     |  | CIUDAD:<br>POPAYAN - CAUCA             |  |
| ADICIONAL:                                                  |  | TELÉFONO:<br>3225596729                |  |

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.8167630 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA EL ANÁLISIS TÉCNICO, COMERCIAL Y FINANCIERO DE PRODUCTOS Y PROTOTIPOS EN EL MARCO DEL PROYECTO HOJA DE COCA PROTOTIPADO DE PRODUCTOS ELABORADOS CON COCA A PARTIR DE EXTRACTOS Y HOJA SECA/FRESCA EN LOS RESGUARDOS DE TORIBÍO, SAN FRANCISCO Y TACUEYÓ (CAUCA) DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA CAUCA.

AMPAROS

|                                       |  |                                    |                               |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------|
| RIESGO:<br>PRESTACION DE SERVICIOS    |  |                                    |                               |
| AMPAROS:<br>CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO |  | VIGENCIA DESDE:<br>05/08/2025      | VIGENCIA HASTA:<br>31/01/2026 |
|                                       |  | SUMA ASEG/ACTUAL:<br>\$ 458,333.30 |                               |
| ACLIARACIONES:                        |  |                                    |                               |

|                   |                    |             |                |                       |               |
|-------------------|--------------------|-------------|----------------|-----------------------|---------------|
| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIÓN: | IVA:        | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
| \$ 15,000.00      | \$ 8,000.00        | \$ 4,370.00 | \$ 27,370.00   | \$ 458,333.30         | CONTADO       |

| INTERMEDIARIO          |        |         | DISTRIBUCIÓN COASEGURO |         |                  |
|------------------------|--------|---------|------------------------|---------|------------------|
| NOMBRE:                | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA:       | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| JAVIER PAZ SUAREZ Y CI | 18491  | 100,00  |                        |         |                  |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO 8-26 EDIFICIO MODESTO CASTILLO - TELÉFONO: 8242925 - POPAYAN



Cristian Giron

FIRMA TOMADOR

40-46-101009766

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Finanzas

SE PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 3 Bogotá D.C. Págo 5.Teléfono: 601 2100777, 601 6019330

INT018491A

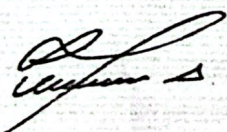
NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO \* RESPONSABLE IVA

## **CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA**

Hacemos constar, que la póliza No. 40-46-101009766, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en POPAYAN, a los 8 días del mes de Agosto de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330  
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010  
[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

40461010097660

|                  |                                                 |              |                         |                     |
|------------------|-------------------------------------------------|--------------|-------------------------|---------------------|
| FECHA            |                                                 |              |                         |                     |
| CONTADO          |                                                 |              |                         |                     |
| RECIBIMOS DE:    | GIRON MANZANO CRISTIAN ANDRES                   |              | C.C. C.C.:1,061,776,323 |                     |
| LA SUMA DE:      | VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE |              |                         |                     |
| POR CONCEPTO DE: | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 40-46-101009766            |              |                         |                     |
|                  | SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA            | PRIMA        | GASTOS EXPEDICION       | IVA                 |
|                  | POPAYAN - CU. ESTATAL - 101009766 - 0 - 0       | \$ 15,000.00 | \$ 8,000.00             | \$ 4,370.00         |
| FORMA DE PAGO    |                                                 |              |                         |                     |
|                  | EFFECTIVO:                                      |              |                         | \$ 27,370.00        |
|                  | CHEQUE:                                         |              |                         | \$ 0.00             |
|                  | TARJETA:                                        |              |                         | \$ 0.00             |
|                  | BD:                                             |              |                         | \$ 0.00             |
|                  | OTROS:                                          |              |                         | \$ 0.00             |
| INTERMEDIARIO:   | JAVIER PAZ SUAREZ Y CI - 18491                  |              |                         | TOTAL: \$ 27,370.00 |
|                  |                                                 |              |                         | CAJERO: RAPIESTADO  |

ORIGINAL

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

40461010097660

|                  |                                                 |              |                         |                     |
|------------------|-------------------------------------------------|--------------|-------------------------|---------------------|
| FECHA            |                                                 |              |                         |                     |
| CONTADO          |                                                 |              |                         |                     |
| RECIBIMOS DE:    | GIRON MANZANO CRISTIAN ANDRES                   |              | C.C. C.C.:1,061,776,323 |                     |
| LA SUMA DE:      | VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE |              |                         |                     |
| POR CONCEPTO DE: | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 40-46-101009766            |              |                         |                     |
|                  | SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA            | PRIMA        | GASTOS EXPEDICION       | IVA                 |
|                  | POPAYAN - CU. ESTATAL - 101009766 - 0 - 0       | \$ 15,000.00 | \$ 8,000.00             | \$ 4,370.00         |
| FORMA DE PAGO    |                                                 |              |                         |                     |
|                  | EFFECTIVO:                                      |              |                         | \$ 27,370.00        |
|                  | CHEQUE:                                         |              |                         | \$ 0.00             |
|                  | TARJETA:                                        |              |                         | \$ 0.00             |
|                  | BD:                                             |              |                         | \$ 0.00             |
|                  | OTROS:                                          |              |                         | \$ 0.00             |
| INTERMEDIARIO:   | JAVIER PAZ SUAREZ Y CI - 18491                  |              |                         | TOTAL: \$ 27,370.00 |
|                  |                                                 |              |                         | CAJERO: RAPIESTADO  |

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.40-46-101009766**

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

**1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.**

**1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.**

**1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.**

**1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

**OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.**

**1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.**

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

**1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.**

ÉSTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CAUDAL Y INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

**2. EXCLUSIONES.**

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

**2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.**

**2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.**

**2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.**

**2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANCURSO DEL TIEMPO.**

### 3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

### 4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARÁN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

### 5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERÁN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

### 6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

### 7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

### 8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

### 9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

### 10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

### 11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

### 12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECEERÁN LAS PRIMERAS.

### 13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGUROS, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

